

介護保険施設等需給状況調査 調査票①

調査対象事業所：地域包括支援センター，居宅介護支援事業所，
小規模多機能型居宅介護事業所，看護小規模多機能型居宅介護事業所

函館市高齢者計画策定推進委員会
令和8年2月18日 資料3（別添資料2）

事業所名		該当なし		1か月から25か月以上までの期間をプルダウンで選択							
No.	1.被保険者番号	2.現在の居場所	(2の回答が病院の場合) 3.要介護等変更認定申請の有無	4.入所が望ましい施設等の種類				5.入所が望ましい理由		6.入所を望んでいない場合の今後の住まい	
				最も望ましい	左記施設等への申込の有無	申込から現在までの期間	次に望ましい	理由 ※1	理由が「カ」の場合（自由記載）	種別 ※2	「エ」の場合（自由記載）
例1	〇〇〇	自宅		特養	有（1施設）	2か月	認知症GH	ア			
例2	〇〇〇	有料・サ高住		老健	有（複数施設）	25か月以上	特定施設	イ			
例3	〇〇〇	有料・サ高住		医療院	有（複数施設）	11か月	無し	ウ			
例4	〇〇〇	自宅		医療院	無し		無し	エ			イ
例5	〇〇〇	病院	有り	医療院	申込予定		無し	オ			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

※1（理由の内容について）
 ア…認知症や精神・行動障害のため，意思疎通等に支障があり，自宅での生活が困難
 イ…医療機関から退院しても，自宅で自立した生活はできない，または自宅が無い
 ウ…独居であり，周りに生活を支える協力者もおらず，自宅での生活に不安がある
 エ…自宅で生活しているが，家族等からの支援の協力を得ることが難しくなっている
 オ…自宅の著しい老朽化等により，今の居所で生活していくことに不安がある
 カ…在宅サービスの利用料が負担となっている
 キ…その他（自由記載）

※2（住まいの種別について）
 ア…自宅（一戸建て，アパート等）
 イ…介護事業所の指定を受けていない有料老人ホームまたはサ高住（現に住んでいる）
 ウ…介護事業所の指定を受けていない有料老人ホームまたはサ高住（今後転居を検討）
 エ…その他（自由記載）
 オ…未定

○補足調査分 回答欄

2025年10月1日～2026年3月31日までの間で，
介護事業所の指定を受けていない
 有料老人ホームまたはサ高住に
 入居された方の数
 ※入居時点の要介護度で結構です

	有料	サ高住
支援1		
支援2		
介護1		
介護2		
介護3		
介護4		
介護5		

介護保険施設等需給状況調査 調査票②

調査対象事業所
地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

函館市高齢者計画策定推進委員会

令和8年2月18日

資料3（別添資料2）

事業所名

概ね半年の間で、以下のサービス種別の調整に際し、サービス提供事業者との調整が難しかったことがありましたか。
また、①の設問の回答のうち、「ウ ときどきあった」または「エ しばしばあった」に該当するサービスについては、調整が難しかった主な理由をお答えください。

No.	サービス種別	① 各サービスで該当する頻度をア～オ(※1)から選択	② ①でウまたはエを選択した場合調整が難しかった主な理由をA～E(※2)から選択	③ ②で「E その他」を選択した場合その理由（自由記載）
1	訪問介護			
2	訪問入浴介護			
3	訪問看護			
4	訪問リハビリテーション			
5	通所介護（昼食あり）			
6	通所介護（昼食なし）			
7	通所リハビリテーション（昼食あり）			
8	通所リハビリテーション（昼食なし）			
9	短期入所生活介護			
10	短期入所療養介護			
11	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
12	認知症対応型通所介護			
13	小規模多機能型居宅介護			
14	看護小規模多機能型居宅介護			
15	訪問型サービス・活動A			
16	通所型サービス・活動C			

※1 頻度
概ね半年の間でサービス提供事業者との調整が難しかったことが…
ア なかった
イ ほとんどなかった
ウ ときどきあった
エ しばしばあった
オ 調査対象期間の調整実績なし

※2 調整が難しかった主な理由
A 利用を希望する事業所の職員の不足
B 利用を希望する事業所の利用定員の超過（職員の不足によるものを除く）
C 利用を希望するサービス種別の事業所が地域にない
D 利用を希望するサービスの提供時間または時間帯に合う事業所がない
E その他

介護保険施設等需給状況調査 調査票③ (施設・居住系用)

事業所名	
------	--

2026. 4. 1時点での…		
1. 定員 (A)	2. 入所者数 (B)	3. 空床 (A - B)
		0

空床がある場合(1以上の場合) → 「4.」へお進みください
空床がない場合(0の場合) → 「6.」へお進みください

主な空床理由①・②でウ、エを選択した場合に記入

主な空床理由①・②でウを選択した場合に記入

4. 空床の理由等について				
主な空床理由 ①	主な空床理由 ②	その他の理由 (自由記載)	入所を制限している人数	不足している職員数

【主な空床理由 選択肢一覧】

- ア 入所希望者がいないため
- イ 入退所のタイミングによる一時的空床
- ウ 介護職員が不足しているため
- エ 新設または改修等の理由で、一時的に入所を制限しているため
- オ その他

該当する職種をプルダウンから選択してください
プルダウンに該当する職種がない場合は、その他にその職種を上書きしてください

5. 配置基準上不足している職種および人数					
					その他
正職員	人	人	人	人	人
パート職員	人	人	人	人	人

介護職員、生活相談員ほか
計11職種をプルダウンで選択

2025. 4. 1～2026. 3. 31までの1年間の…	
6. 入所者数	7. 退所者数

入所者数は、
新規(再入所含む)入所者数となります。

8. 退所者の転居等の内訳						
市内の特養へ転居	市内の老健へ転居	市内の医療院へ転居	市内の認知症高齢者GHへ転居	市内の特定施設へ転居	市内の有料老人ホームへ転居※	市内のサ高住へ転居※
医療機関へ入院	在宅生活	死亡退所	不明・その他			

※介護事業所の指定を受けていないもの